

# گزارش‌نویسی در پرستاری



# هدف‌های آموزشی

- در پایان این فصل شما می‌توانید:
- سابقه و هدف و خصوصیات پرونده‌سازی را توضیح دهید.
- اصول ثبت گزارشات را توضیح دهید.
- موارد ثبت در پرونده بیمار را شرح دهید.
- موارد ثبت وقایع به طور روزانه را بیان نمایید.
- روش‌های گزارش‌دهی را توضیح داده و مزایا و معایب آنها را بیان نمایید.
- انواع گزارش شفاهی در پرستاری را نام برده و موارد استفاده آن را توضیح دهید.
- انواع ثبت گزارشات را نام برده و با ذکر مثال توضیح دهید.



پرونده‌سازی

○ پرونده‌سازی

## Documentation

عبارت از: انتقال  
اطلاعات به صورت  
نوشتن وقایع اساسی،  
جهت پیگیری سیر  
بیماری و پیشرفت  
بهبودی بیمار

ملیحه اعظم حاج هاشم خانی



# گزارش نویسی REPORTING

## ○ گزارش نویسی

Reporting عبارتند  
از: انتقال اطلاعات به فرد  
یا گروهی مشخص به  
صورت کتبی و شفاهی

ملیحه اعظم حاج هاشم خانی



## سابقه پرونده سازي

○ ثبت گزارش يا چارت كردن، از زمان فلورانس نایتینگل در قرن ۱۹ آغاز و از سال ۱۹۷۰، پرستاران از كلمات حرفه‌اي در ثبت گزارش خود استفاده مي‌نمايند. ثبت، نوشته‌اي قانوني است كه در بر دارنده‌ي كليۀ فعاليت‌هاي انجام شده براي بيمار از جمله بررسي، تشخيص و برنامه‌ريزي، اجرا و ارزشيابي مي‌باشد



## پرونده

○ پرونده مددجویان يك سند قانوني Legal documentation است؛ و محتوي مدارك قانوني مراقبت انجام شده براي مددجو است. پرستاران از نظر قانوني و اخلاقي موظف به حفظ اطلاعات مربوط به بيماري ها و درمان هاي مددجویان هستند. فقط كاركناني كه به طور مستقيم در مراقبت از مددجو دخیل هستند، دسترسی قانوني به پرونده دارند.



خصوصیات گزارش و یا ثبت در پرونده

واقعي Factual

دقيق Accurate

كامل Complete

به موقع Timely

سازماندهي شده Organize



# واقعي FACTUAL

- پرونده حاوي اطلاعات توصيفي و عيني درباره آنچه كه پرستار مي بيند، مي شنود، احساس مي كند، و مي بويد، مي باشد. استدلال بدون اطلاعات واقعي قابل قبول نيست. (مانند: استفاده از كلماتي هم چون ظاهراً، يا به نظر مي رسد).
- هنگام گزارش اطلاعات ذهني Subjective، در صورت نياز، كلمات واقعي مددجو را داخل گيومه ثبت كنيد. يافته هاي عيني نيز مي توانند ثبت شوند.





# دقیق ACCURATE

- \* تمام گزارش ها در پرونده ها باید تاریخ داشته و نویسنده آن مشخص باشد.
- \* پرستاران باید فقط مشاهدات و اعمال خود را ثبت نمایند.
- \* هر ثبت در پرونده با اسم کامل و سمت مراقب، مشخص می شود.
- \* دانشجوی پرستاری باید اسم کامل و مؤسسه آموزشی خود را ثبت کند.
- \* گزارش باید نشان دهد که چه کاری، توسط چه کسی انجام شده است؛ و حتماً امضاء داشته باشد.



# کامل COMPLETE

- \* از کلمات غیر ضروری و شرح جزئیات نامربوط، اجتناب کنید.
- \* اطلاعات مندرج در گزارش باید در عین کامل بودن، مختصر نیز باشد.
- \* اطلاعات باید مناسب و صحیح باشد.



# به موقع TIMELY

- اطلاعات زیر در هر شیت [1] کنار تخت مددجو ثبت می‌شوند:
  - علائم حیاتی
  - تجویز دارو و درمان
  - آمادگی برای آزمون‌های تشخیصی یا جراحی
  - تغییر وضعیت مددجو
  - پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ مددجو
  - درمان و تغییرات ناگهانی در وضعیت مددجو
- [1]- Sheet



# سازماندهی شده ORGANIZE

○ مثال: یادداشت سازماندهی شده در مورد درد  
مددجو، ارزیابی و اقدامات پرستار و پاسخ  
مددجو را توصیف می‌نماید. پرستار باید برای  
ثبت گزارش‌ها به صورت سازماندهی شده،  
درباره موقعیت فکر کند، و پیش از ثبت آن در  
پرونده، آن را جداگانه یادداشت نماید



# بایدها و نبایدها در ثبت گزارشات

- نوشته‌های وارد شده در برگه‌ها، باید با خودکار آبی یا سیاه نوشته شده؛ و نام و مرتبه تحصیلی نویسنده معلوم باشد.
- زمان نوشتن گزارش در پرونده براساس ۲۴ ساعت ذکر شود.
- در صورت وجود اشتباه در ثبت، می‌توان با کشیدن خط روی اطلاعات نادرست و نوشتن کلمه (اشتباه است) و امضاء کامل زیر آن، متن را تصحیح نمود. مطلقاً نباید روی اشتباهات را لاک گرفت؛ و یا آن را پاک کرد.



# بایدها و نبایدها در ثبت گزارشات

- بین نوشته‌ها نباید فاصله زیاد وجود داشته باشد.
- زمان ثبت و زمان انجام مراقبت باید دقیقاً نوشته شود.
- گزارشات تأخیری (ثبت بعد از وقوع) باید بعد از آخرین گزارش چارت شده، نوشته شود؛ و عنوان گزارش تأخیری نیز در کنار آن ذکر شود.
- گزارشات خارج از دستور، باید بعد از آخرین گزارش چارت شده، ثبت شود؛ و جمله «خارج از دستور» در کنار آن درج گردد.



# بایدها و نبایدها در ثبت گزارشات

- نباید بین گزارشات فاصله باشد. در صورت وجود فاصله باید روی آن خط کشیده شود؛ تا از نوشتن در آن محل جلوگیری به عمل آید.
- در گزارش نویسی باید اصطلاحات و اختصارات همان مؤسسه مورد استفاده قرار گیرد.
- گزارش باید مختصر، بدون تکرار و فاقد کلمات نامفهوم باشد. نوشته‌ها باید خوانا و با هجی کامل کلمه باشد. از کلی‌گویی نیز باید پرهیز کرد.
- از بکارگیری کلماتی که معانی مختلفی را برای خوانندگان ایجاد می‌نماید؛ مانند خوب، متوسط، طبیعی و کافی، اجتناب نمایند.



# بایدها و نبایدها در ثبت گزارشات

- از بکارگیری جملات عمومی که مفهومی اختصاصی ندارند مانند «امروز راحت به نظر می‌رسد» اجتناب نمایید. می‌توانید به جای آن از جدول امتیاز بندی ۱ تا ۱۰ استفاده کنید. مثلاً بنویسید امتیاز درد پشت بیمار امروز ۲-۳ بوده، در حالیکه روز گذشته ۹-۷ بوده است.
- یافته‌های کسب شده از بیمار (مشاهدات پرستار از رفتار بیمار) همانگونه که مشاهده شده ثبت شود؛ نه تفسیر یافته‌های شما.
- هرگز قبل از اینکه مداخله‌ای را انجام دهید؛ آن را ثبت نکنید.





## بایدها و نبایدها در ثبت گزارشات

- در هر ثبت گزارش، با استفاده از نام، نام خانوادگی و عنوان متن گزارش های ثبت شده را، امضا نمایید. هرگز یادداشت ها و مداخلاتی که شما انجام نداده اید را، امضا نکنید.
- هر صفحه گزارش را، با نام بیمار و شماره پرونده خاص وی مشخص نمایید.
- بیماران از نظر اخلاقی و قانونی انتظار دارند، که اطلاعات کسب شده در گزارش بهداشتی آنها ثبت شده، و خصوصی باقی بماند.



## بایدها و نبایدها در ثبت گزارشات

- دانشجویان بایستی با قوانین و مقررات مؤسسات بهداشتی، در ارتباط با دسترسی به گزارشات بیمار، توسط افراد دیگر تیم مراقبتی و افراد غیرحرفه‌ای و فرآیند دسترسی به اطلاعات، آشنا باشند.



## بایدها و نبایدها در ثبت گزارشات

- بیشتر مؤسسات بهداشتی برای آموزش دانشجویان اجازه می‌دهند تا آنها به اطلاعات دسترسی یابند. دانشجو با اینکه از گزارشات بیمار جهت آموزش استفاده می‌نمایند، از نظر حرفه‌ای و اخلاقی بایستی تمامی اطلاعات را محرمانه نگه دارند. نام‌های حقیقی بیمار و دیگر مشخصات واقعی وی نبایستی در گزارشات بیمار جهت آموزش استفاده گردد. از نظر حرفه‌ای و اخلاقی بایستی تمامی اطلاعات را محرمانه نگه داشت. نام‌های حقیقی و دیگر مشخصات واقعی وی نبایستی در گزارش کتبی و یا شفاهی دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد



# چه مواردی توسط پرستار در پرونده بیمار باید ثبت شود؟

- بررسی یافته‌ها
- نیازهای مراقبتی بیمار
- مراقبت‌های معمول مانند اقدامات بهداشتی
- اقدامات احتیاطی لازم جهت پیشگیری
- مداخلات شرح داده شده در برنامه مراقبتی
- معالجات پزشکی دستور داده شده توسط پزشك (دستورات پزشکی)



# چه مواردی توسط پرستار در پرونده بیمار باید ثبت شود؟

- نتایج تدابیر درمانی و مداخلات پرستاری
- فعالیت‌های بیمار
- داروهای تجویز شده
- درصد غذایی که بیمار در هر وعده دریافت می‌کند.
- مشاوره‌های بیمار
- ثبت گزارش تلفنی در مورد مشکلات بیمار در موارد ضروری و نتایج آن



# چه مواردی توسط پرستار در پرونده بیمار باید ثبت شود؟

- انتقال بیمار به واحدهای دیگر مثل رادیولوژی، آزمایشات تشخیصی و ثبت زمان رفت و برگشت بیمار
- آموزش بیمار در بخش و هنگام ترخیص وی
- ارجاع بیمار به واحدهای مراقبتی دیگر



## روش‌های گزارش‌دهی

○ جلسه حضوری (رو در رو)

○ گفتگوی تلفنی

○ پیام‌های نوشته شده

○ نوار ضبط صوت

○ رایانه



## جلسه حضوري (رو در رو)

- مزایا
- - فوراً پیام منتقل می‌شود.
- - پیام‌های غیرکلامی به آسانی انتقال داده می‌شود.
- - علاوه بر توضیح پیام، به سؤالات مطرح شده نیز پاسخ داده می‌شود.
- معایب
- - فرستنده و گیرنده‌ی پیام، بایستی در يك زمان و مکان مشابه قرار داشته باشند.
- - موارد گفت و گو، ثبت نمی‌شود، بنابراین استفاده مجدد از مطالب گفته شده وجود ندارد.





# مکالمه تلفنی

- مزایا
- - فوراً پیام انتقال داده می شود.
- - برای روشن و واضح تر شدن پیام می توان توضیحات بیشتری داد.
- - سوال و جواب بیشتری صورت می گیرد.



## مکالمه تلفنی

- معایب
- - پیام‌های غیرکلامی دیده نمی‌شود.
- - معمولاً تأثیر فرستنده پیام را در بر ندارد.
- - ثبتي از مطالب گفته شده وجود ندارد.



## پیام‌های نوشته شده

- مزایا
  - - پیام در يك زمان مناسب تبادل می‌شود.
  - - پیام در پرونده درج شده و قابل دسترسی است.
  - - زمان کافی برای درك آن وجود دارد.
- عیب
  - - نفوذ کلام فرستنده پیام را مثل روش مستقیم و حضوری در بر ندارد



## پیغام از طریق نوار ضبط صوت

- مزایا
  - - پیام در زمان مناسب به افراد دیگر انتقال داده می‌شود.
  - - قابل ثبت در پرونده می‌باشد.
  - - زمان کافی برای تکمیل نمودن ارتباط وجود دارد.
- عیب
  - - تأثیر نفوذ فرستنده‌ی
  - - پیام بر مخاطب مشاهده نمی‌شود.



## پیغام رایانه‌ای

○ مزایا

- - فوراً پیام انتقال داده می‌شود حتی برای کسانی که در فاصله‌ی بسیار دورتری قرار دارند.
- - نیاز به وجود يك مكان مشابه وجود ندارد.
- - امکان گفتگوی دو طرفه از طریق پست الکترونیک وجود دارد.
- - قابل ثبت در پرونده می‌باشد.
- - افراد بیشتری می‌توانند در تبادل نظر شرکت کنند.



## پیغام رایانه‌ای

معایب:

- پیام‌های غیرکلامی انتقال نمی‌یابد.

- ممکن است قسمتی از پیام به علت مشکلات دستگاه رایانه حذف شود

ملیحه اعظم حاج هاشم خانی



## انواع گزارش شفاهی در پرستاری

○ گزارش در هنگام تعویض نوبت کاری [۱]

○ دستورات و گزارشات تلفنی [۲]

○ راندهای مراقبت پرستاری [۳]

○ کنفرانس مراقبت پرستاری [۴]

○

[1]- Change-of-shift reports

[2]- Telephone orders and reports ○

[3]- Round Nursing care ○

[4]- Conference nursing care ○



## انواع گزارش شفاهی در پرستاری

- گزارش انتقال بیمار [۱]
- گزارش ترخیص بیمار [۲]
- گزارش موارد غیر منتظره و حوادث [۳]
- گزارش به اعضاء خانواده و یا نزدیکان بیمار
- [1]- Transfer report
- [2]- Discharge reports ○
- [3]- Incident reports ○





## راهنمای گزارش‌دهی در تعویض نوبت کاری

- استفاده کردن از برنامه مراقبتی پرستاری به عنوان يك راهنما
- مشخص کردن شماره اتاق بیمار، تشخیص در موقع پذیرش، سن، نام پزشك، پرستار اولیه، تاریخچه پزشکی قابل توجه
- هر تشخیص پرستاری و یا مشکل، به صورت ذیل مشخص می‌شود:
- یافته‌های بررسی قابل توجه و مهم
- ارتباط دستورات پرستاری و پزشکی



## راهنمای گزارش‌دهی در تعویض نوبت کاری

- داروها
- نتایج آخرین آزمایشات
- تنظیم آزمایشات تشخیصی یا جراحی
- علائم حیاتی
- حوادث مهم
- اهداف کوتاه مدت و یا بلند مدت
- برنامه‌های آموزشی
- برنامه‌های ترخیص



## راهنمای دستور تلفنی

- برای پیشگیری از خطا در درك دستورات سریع و با عجله پزشك، مجدداً از وي بخواهید که دستورات را روشن تر بیان کند.
- نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص بیمار دقیقاً مشخص شود
- پس از اتمام دستورات پزشك، دستورات وي مجدداً بازگو شود.
- هنگام ثبت دستورات پزشك، دستورات وي مجدداً بازگو شود.



## راهنمای دستور تلفنی

- هنگام ثبت دستورات تلفنی شامل: تاریخ و زمان دستور داده شده، نام بیمار، پرستار، و پزشك به طور کامل در دستور داده شده نوشته شود.
- از مقررات بیمارستان پیروی کنید. در بعضی بیمارستان‌ها، دستورات شفاهی بایستی توسط دو پرستار کنترل و امضا شود.
- براساس مقررات بیمارستان، پزشك مسئول دستور تلفنی، دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند. (حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی)



## گزارش تلفنی

- بیمار و خودتان را معرفی نمائید و ارتباط خودتان را با بیمار مشخص کنید
- تغییر در وضعیت بیمار و اقداماتی را که در واکنش به این تغییرات انجام داده‌اید، با دقت و به طور خلاصه گزارش کنید،
- تظاهرات بالینی و علایم حیاتی فعلی بیمار را، گزارش نمائید.



## گزارش تلفنی

- به طور خلاصه زمان و تاریخ تماس تلفنی و گفتگوهایی که با پزشك معالج انجام داده، و واکنش متقابل وی را، ثبت نمائید
- گزارش کتبی بیمار را بطور کامل در دست داشته باشید،



# راندهاي مراقبت پرستاري

○ ارائه گزارش شفاهي بر بالين بیمار به دیگر پرستاران، موسوم به راند مراقبت پرستاري است. هدف اصلي از راند مراقبت پرستاري، جمع آوري اطلاعات، ارزيابي نمودن مراقبت پرستاري از بیمار و فراهم نمودن فرصتي براي گفتگوي بیمار با مراقبت کنندگان از خود، مي باشد



## کنفرانس مراقبت پرستاري

○ پرستاران و دیگر کارکنان بهداشتی، درمانی به صورت گروهی، جلسهای را برقرار نموده، و با همکاری یکدیگر برنامه مراقبتی بیمار را تکمیل می نمایند. به این گونه جلسات، کنفرانس اطلاق می گردد





## گزارش انتقال

- نام، سن، نام پزشك معالج ، تشخیص‌های پزشکی بیمار، زمان و تاریخ انتقال
- خلاصه‌ای از پیشرفت بیمار تا هنگام انتقال (مثل داروها، معالجات و آموزش به بیمار )
- وضعیت سلامتی فرد در حال حاضر
- برنامه‌های مراقبتي در حال حاضر



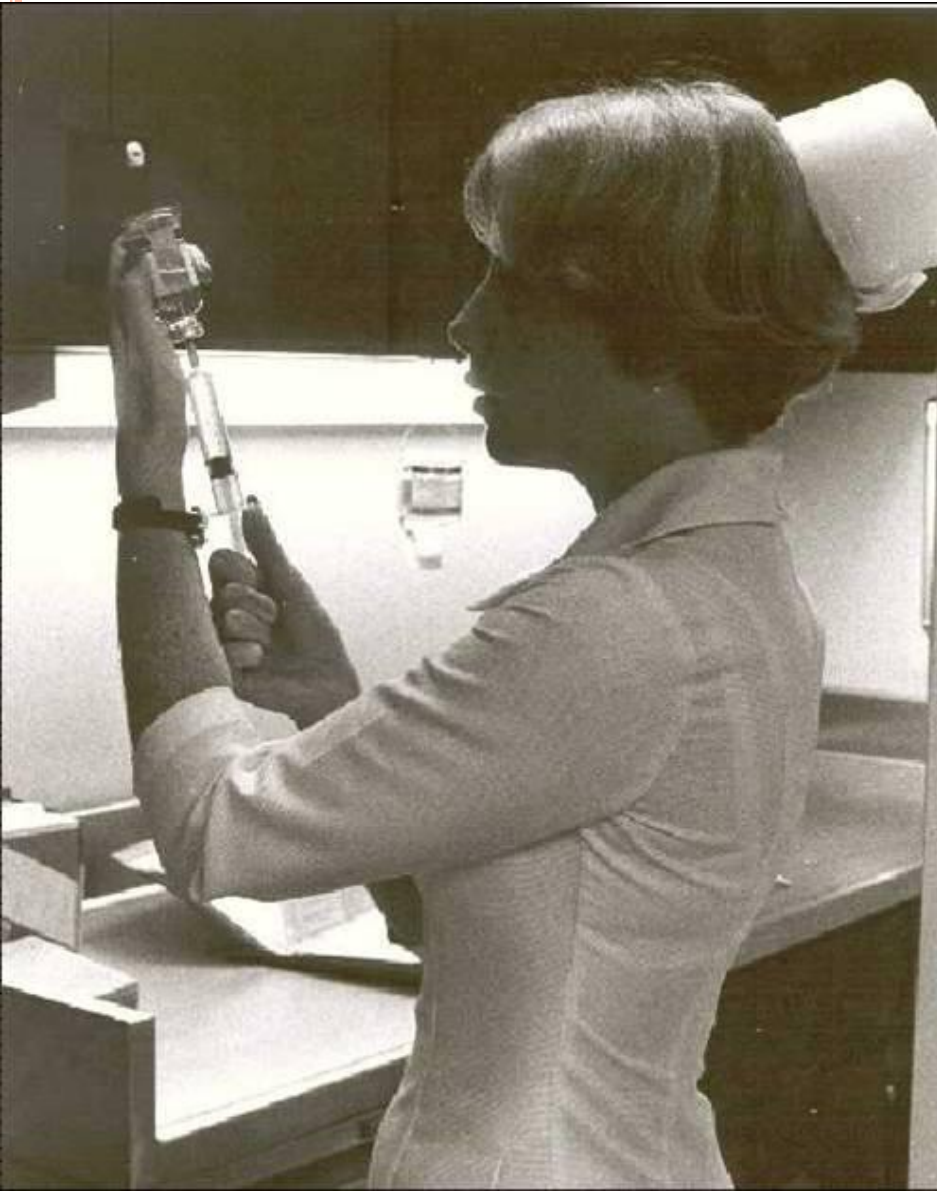
## گزارش انتقال

- هر نوع بررسی و مداخله‌ی ویژه‌ی مورد نیاز بیمار در کوتاه مدت تا استقرار کامل در بخش جدید
- وسایل خاص مورد نیاز بیمار (مثل لوله‌ها و وسایل  
طبی)
- توجهات خاص (مثلاً احیاء قلبی- ریوی و یا  
وضعیت ایزولاسیون)
- نوشتن نام پرستار تحویل گیرنده



# گزارش حوادث

○ حادثه یا رویداد غیر معمول می باشد که در هنگام مراقبت از بیمار اتفاق می افتد. نتیجه حادثه می تواند برای بیمار و یا مراقبت کنندگان زیان آور باشد. مثلاً افتادن بیمار از تخت، وارد شدن سوزن به دست پرستار، خطاهای دارویی و یا هر موردی که ایجاد مخاطره برای بیمار نماید.



## گزارش حوادث

- نوشتن نام پرستاري که حادثه را دیده، و یا با آن روبرو شده است.
- به طور مختصر و دقیق و کاملاً عيني حادثه شرح داده شود.
- هرگونه اقدامي که توسط پرستار، پزشك و یا سایر همکاران برای حادثه صورت گرفته، گزارش داده شود.



## گزارش حوادث

- برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.
- حادثه باید هر چه سریع تر به مسئول مربوطه گزارش شود.
- گزارش حادثه باید با شماره مخصوص نوشته و حفظ گردد.
- گزارش نباید کپی شود.



## - گزارش به اعضاء خانواده یا نزدیکان بیمار

- پرستاران می‌توانند تشخیص دهند که به کدامیک از ملاقات کنندگان بیمار می‌توان گزارش بیماری را داد. نتایج بیماری را معمولاً پزشک به بیمار اطلاع می‌دهد. به هر حال اطلاعاتی که به همراهان بیمار داده می‌شود، باید در نهایت احترام و توانایی درک شخص گیرنده پیام، و نیز دلسوزانه باشد.



## گزارش ترخیص بیمار

- در گزارش ترخیص بیمار این موارد باید ذکر شود:
- \* آموزش در زمینه مراقبت از خود در خانه.
- \* آموزش در زمینه مصرف دارو، نام دارو، دوز آن، هدف از تجویز دارو، اثرات آن، زمان مصرف و عوارض جانبی احتمالی آن.
- \* اطلاعات در زمینه دارو باید به صورت کتبی و شفاهی باشد.



## گزارش ترخیص بیمار

- ساعات دقیق مصرف دارو
- روش‌های کار و درمان‌ها
- رژیم غذایی
- ارجاع و اولین ملاقات پس از ترخیص
- تمامی جنبه‌های بیماری یا اثرات درمان





## گزارش ترخیص بیمار

- تمامی آموزش‌های ارائه شده باید در گزارش مربوط به بیمار و خلاصه‌ای از برنامه ترخیص ثبت شود.
- \* دستورالعمل‌ها باید به صورت مکتوب در اختیار بیمار قرار گیرد.
- \* اجرای روش‌های مراقبتی به صورت عملی نشان داده شود؛ و عملاً با بیمار و خانواده او، تمرین کرد.



## انواع ثبت گزارشات در پرونده بیمار

- ثبت گزارش نوشتاری (توصیفی) یا سنتی
- Narrative or Traditional
- ثبت گزارش براساس مشکلات بیمار Problem-oriented medical Record or (POMR)
- ثبت گزارش براساس مشکل- مداخله- ارزیابی
- Problem- Intervention Evaluation or (PIE)
- ثبت گزارش کانونی Focus charting



## انواع ثبت گزارشات در پرونده بیمار


○ ثبت گزارش موارد استثنایی Charting by Exception (CBE)

○ ثبت گزارش FACT Documentation

○ ثبت گزارش رایانه‌ای Computerized Documentation



## ثبت گزارش توصیفی سنتی

تاریخ	ساعت	گزارش
۱۳۸۵/۱۱/۱۲ ملیحه اعظم حاج هاشم جانی	۲۳:۳۵	بیمار ابراز می‌دارد که در محل بخیه‌های شکم به نسبت ۷ از ۱۰، احساس درد می‌نماید، آمپول مورفین ۲ میلی‌گرمی وریدی تزریق گردید- پرستار...
۱۳۸۵/۱۱/۱۲ 	۲۳:۵۰	بیمار ابراز می‌نماید درد به نسبت ۱ به ۱۰ کاهش یافته است. سرفه و تنفس عمیق را انجام می‌دهد. پرستار...

# چهارچوب SOAPIE براساس فرآیند پرستاري

○ S: Subjective data اطلاعات ذهني (توسط بیمار بازگو می شود)

○ O: Objective data اطلاعات عيني (توسط درمانگر مشاهده می شود)

○ A: Analysis بررسی و تجزیه و تحلیل (تشخیص های پرستاري و پزشکی)



## چهارچوب SOAPIE براساس فرآیند پرستاری

- P: Plan طرح و برنامه‌ریزی (براساس اطلاعات بالا  
طراحی می‌شود.)
- I: Intervention مداخلات (باید دارای قابلیت  
اجرایی باشند)
- E: Evaluation ارزشیابی (پاسخ بیمار به  
درمان و تغییر در نیازهای او)



## ثبت گزارش به روش SOAPIE

تاریخ/زمان	مشکل	گزارش سیر پیشرفت بیماری
۱۳/۱۱/۱۲ ۸۵ ۰:۱۹ ملیحه اعظم حاج هاشم خان	درد - شکم بعد از عمل	<p><b>: احساس درد در ناحیه شکم دارم</b></p> <p><b>O:</b> چهار ساعت از عمل هیستریکتومی می‌گذرد. درد از دو ساعت پیش در ناحیه PACU شروع شده است. بیمار به پشت خوابیده، سختی شکم مشهود است. شدت درد بیمار با ابزار ۱۰-۱ در محدوده ۶ است. ترشحات پانسمان قهوه‌ای رنگ است. زخم تمیز است. پانسمان تعویض گردید.</p> <p><b>A:</b> درد ثانویه به ترومای جراحی امروز</p> <p><b>P:</b> مسکن طبق تجویز داده شد. درد بیمار هر ۴۵-۳۰ دقیقه کنترل گردید. نام پرستار</p>



# ثبت گزارش براساس مشکل- مداخله- ارزیابی

تاریخ	زمان	گزارش سیر پیشرفت
۱۳/۱۱/۱۲	۰:۱۹	1P≠: اختلال در راحتی: درد حاد ثانویه به ترومای عمل جراحی امروز
۸۵	۰	
۱۵/۱۱/۱۲	۱:۱۹	2P≠: نقص در آگاهی: درباره گذاشتن کاتتر مثانه در طی عمل جراحی
۵	۵	نام پرستار: ...
۸۵/۱۱/۱۲	۴:۱۹	1IP≠: تجویز مسکن، آموزش به پرستار مسئول در صورت ادامه درد، بررسی شکم، خشک بودن پانسمان، تعویض پانسمان، تغییر پوزیشن بیمار
۵	۵	

ملیحه اعظم حاج هاشم خانق





# ثبت گزارش براساس مشکل- مداخله- ارزیابی

تاریخ	زمان	گزارش سیر پیشرفت
۱۲/۱۱/۸۵	۱۹:۰۰	IP≠2 : آموزش به بیمار درباره وجود سوند فولی، هدف از جایگذاری کاتتر ادراری، جابجا کردن کاتتر جهت بهبود درناژ مثانه
۱۲/۱۱/۸۵	۱۹:۱۵	نام پرستار: ...
۱۲/۱۱/۸۵	۱۹:۴۵	EP≠1 : بیمار احساس راحتی بیشتری می نماید، توانایی سرفه کردن و تمرینات تنفسی عمیق را دارد. بیمار به سمت چپ تغییر وضعیت داده است.
		EP≠2 : نیاز به توضیح اضافه درباره نیاز به دفع و درناژ کاتتر ندارد



## چارت کردن متمرکز

- D: اطلاعات Data ذهنی یا عینی
- A: مداخلات پرستاری Action فعالیت ها و مراقبت های پرستاری
- R: پاسخ Response پاسخ بیمار به مداخلات پرستاری



## چارت کردن متمرکز

تاریخ	زمان	تمرکز	گزارش سیر پیشرفت
۱۴/۱۱/۸۵	۱۹:۰۰	اختلال در راحتی	A: تجویز مورفین طبق
۱۴/۱۱/۸۵	۱۹:۱۵	به علت درد حاد	تجویز، آموزش به پرستار جهت
۱۴/۱۱/۸۵	۱۹:۴۵	ثانویه به عمل	کنترل درد بیمار
		جراحی هر تروما	نام پرستار: ...
		و نقص در	R: بیمار ابراز می کند که راحتی
		آگاهی و	بیشتری دارد. توانایی سرفه و
		بی اطلاعی از	تمرینات تنفسی دارد
		وجود کاتتر	

ملیحه اعظم حاج محمدجانی



## چارت کردن متمرکز

تاریخ	زمان	تمرکز	گزارش سیر پیشرفت
۱۴/۱/۸۵	۱۹:۰۰	اختلال در راحتی به	D : ابراز درد شکم و خوابیدن به
۱۴/۱/۸۵	۱۹:۱۵	علت درد حاد ثانویه	پهلوی
۱۴/۱/۸۵	۱۹:۴۵	به عمل جراحی هر	A: بررسی محل عمل از نظر تمیز
		تروما و نقص در	بودن و خشک بودن پانسمان و نیاز
		آگاهی و بی‌اطلاعی	به پانسمان
		از وجود کاتتر	D: درخواست وسیله جهت دفع ادرار
			A: آموزش به بیمار در رابطه با
			کاتتر ادراری
			نام پرستار: ...

ملیحه اعظمی



## چارت موارد غیرطبیعی (CBE)

- مزایا
- در این روش:
- بازیابی و مرور اطلاعات به آسانی صورت می‌گیرد
- با استفاده از برگه‌های چاپی، وضعیت بیمار به راحتی مشخص می‌باشد.
- نتایج حاصله از يك موضوع در يك جدول مشخص می‌گردد.
- برای ثبت نیاز به زمان زیادی نمی‌باشد.
- ثبت فلوشیت در کنار تخت بیمار انجام می‌گیرد.



## چارت موارد غیرطبیعی (CBE)

### ○ معایب

○ عملکرد پرستار و دیگر مراقبت‌های پرستاری در آن ثبت نمی‌شود.

○ رایانه‌ای نمودن این شیوه مشکل می‌باشد

○ یادداشت‌های توصیفی به صورت مختصر نوشته می‌شود.



## چارت موارد غیرطبیعی (CBE)

- معایب
- عملکرد پرستار و دیگر مراقبت‌های پرستاری در آن ثبت نمی‌شود.
- رایانه‌ای نمودن این شیوه مشکل می‌باشد
- یادداشت‌های توصیفی به صورت مختصر نوشته می‌شود.



## ثبت گزارش FACT

- FACT اختصار کلمات زیر می باشد:
- F: برگه جاری یا فلوشیت Flow sheet
- A: بررسی براساس پارامترهای اساسی و پایه Assessment
- C: اختصار گزارش سیر پیشرفت بیمار به صورت مختصر و با استفاده از فلوشیت نوشته می شود Concise
- T: زمان یا ساعت انجام مراقبت از بیمار Timely





## ثبت گزارش رایانه‌ای

- مزایا
- کاهش تماس‌های تلفنی با پزشك و دیگر قسمت‌های  
مؤسسات بهداشتی یا بیمارستان
- حذف تکرار در ثبت اطلاعات
- ثبت کامل پرونده بیمار
- تسهیل در ارائه برنامه‌های مراقبتی و ترخیصی
- کاهش قابل ملاحظه اشتباهات دارویی، خطاهای چارت  
کردن و دستورات اشتباه



## ثبت گزارش رایانه‌ای

- حذف اشتباهات و خطاهای ناشی از ناخوانا بودن گزارشات
- فراهم آوردن اطلاعات صحیح در مورد شدت بیماری
- دسترسی سریع به گزارشات و چاپ اطلاعات بیمار
- انتقال سریع اطلاعات به سیستم
- ارتقاء اطلاعات پایه جهت پیشبرد آموزش، تحقیق و مدیریت پرستاری



## ثبت گزارش رایانه‌ای

- امکان گرافیکی کردن اطلاعات
- امکان طبقه‌بندی اطلاعات براساس استاندارد مراقبتی
- معایب
- صرف هزینه بالا برای شروع کار
- نارسایی یا نقص در پایانه‌های پرستاری
- صرف زمان جهت وارد کردن خدمات روتین و یا سرویس‌های نارسا و بهم ریخته



## ثبت گزارش رایانه‌ای

- بی‌میلی بعضی از پرستاران که به روش‌های قدیمی عادت کرده‌اند.
- آهسته بودن سیستم در زمان شلوغی و پرکاری بخش
- از بین رفتن یا حذف اطلاعات اساسی در صورت وجود اختلال در سیستم
- احتمال وابستگی به اطلاعات کامپیوتریزه شده و عدم تمایل به سوال کردن در مورد خطاها



## ثبت گزارش رایانه‌ای

- کمتر شدن ارتباط و تعامل بین پرسنل بهداشتی
- ترس از کاهش پرسنل
- مقاومت پرسنل در برابر تکنولوژی
- عدم تمایل بیمار به دادن کامل اطلاعات از ترس در دسترس قرار گرفتن اطلاعات در اختیار دیگر پرسنل مؤسسه



## ثبت گزارش رایانه‌ای

- امکان ثبت اطلاعات نادرست
- محدود بودن لغات اختصاصی استاندارد در برنامه‌های کامپیوتری
- امکان سوءاستفاده از اطلاعات موجود در کامپیوتر
- از نظر قانونی اطلاعات مربوط به بیمار یا رمز ورودی به اطلاعات نباید در اختیار دیگران قرار گیرد



## توجهات در ثبت اطلاعات در رایانه

- هرگز اسم رمز و یا امضاء رایانه‌ای خود را به دیگران (پرستاران دیگر، پزشک) ندهید.
- هرگز پایگاه رایانه‌ای را پس از وارد کردن شماره‌ی رمز خود، ترك نکنید.
- از برنامه دقیق و صحیح برای برطرف نمودن اشتباهات پیروی نمایید. در این موارد، بر روی اطلاعات اشتباه خط بکشید و کلمه‌ی غلط [1] را ثبت نمائید. سپس آن را تصحیح نموده، و نام خود را بنویسید.

[1]- Error



## توجهات در ثبت اطلاعات در رایانه

- مهم‌ترین نکته در هنگام کنترل اطلاعات، محافظت از اطلاعات ثبت شده می‌باشد. در صورتی که سهواً قسمتی از گزارشات پاک گردیده، توضیحی را در رایانه همراه با مشخصات خود، تاریخ، ساعت بنویسید؛ سپس به مسئول خود گزارش نمائید.





## توجهات در ثبت اطلاعات در رایانه

- هنگامی که اطلاعات بیمار بر روی صفحه نمایشگر می باشد، محل را ترك نکنید.
- در مواردی که بایستی اطلاعات بیمار محرمانه حفظ شود، از دستورات مرکز درمانی پیروی نمائید (مانند وجود عفونت HIV)



# کارگروہی





نقہ کنیز ...

نام و نام خانوادگی بیمار: س.ر. تخت: ۲ بخش: ICU ش پرونده: ۷-۹۵-۱۲  
نام پدر: علی تاریخ بستری: ۱۸.۷.۹۰ تاریخ تولد: ۲.۲.۶۳ پزشک معالج: ب.الف

بیمار تحت مانیتورینگ است. لوله تراکئوستومی دارد و به دستگاه ونتیلاتور وصل است.

زیر سر ۳۰ درجه الویت است. سوند فولی فیکس است و Output ادراری برقرار است. NGT فیکس است. ساکشن ترشحات دهان و لوله تراکئوستومی به صورت PRN انجام شد. بانداژ کشی اندام تحتانی به صورت متناوب انجام شد. رژیم غذایی به صورت مایعات و گاوآژ ۳۰۰ سی سی هر ۳ ساعت می باشد.

۲۶.۷.۹۰

12MD

کارشناس پرستاری م.الف

امضا



ف... ..

○ نام و نام خانوادگی بیمار: س.ر. تخت: ۲ بخش: ICU ش پرونده: ۷-۹۵-۱۲  
نام پدر: علی تاریخ بستری: ۱۸.۷.۹۰ تاریخ تولد: ۲.۲.۶۳ پزشک معالج: ب.الف

○ بیمار تحت مانیتورینگ است. لوله تراکئوستومی دارد و به دستگاه ونتیلاتور وصل است.

(??)

زیر سر ۳۰ درجه الویت است. سوند فولی فیکس است و Output ادراری برقرار است. NGT فیکس است. ساکشن ترشحات دهان و لوله تراکئوستومی به صورت PRN انجام شد. بانداژ کشی اندام تحتانی به صورت متناوب انجام شد. رژیم غذایی به صورت مایعات و گاوآش ۳۰۰ سی سی هر ۳ ساعت می باشد.

۲۶.۷.۹۰

12MD

کارشناس پرستاری م.الف

امضا

○ نام و نام خانوادگی بیمار: س.ر تخت: ۲ بخش: ICU ش پرونده: ۱۲-۹۵-۷

نام پدر: علی تاریخ بستری: ۱۸.۷.۹۰ تاریخ تولد: ۲.۲.۶۳ پزشک معالج: ب.الف

○ بیمار تحت مانیتورینگ **(قلبی-تنفسی)** است. لوله تراکئوستومی دارد **(فشار کاف؟)** و به دستگاه ونتیلاتور وصل است. **(با چه مدی؟)**

! VS !? GCS



اندازه مردمک ها؟!؟

واکنش به نور؟!؟

زیر سر ۳۰ درجه الویت است ~~(تغییر)~~  
پوزیشن؟!؟. سوند فولی فیکس است (دیورز؟!؟) و  
Output ادراری برقرار است. (چقدر؟!؟)





NGT فیکس است. () ساکشن ترشحات دهان و لوله تراکئوستومی به صورت PRN انجام شد. (میشود) بانداژ کشی اندام تحتانی به صورت متناوب انجام شد. (بازو بسته می شود) (فیزیوتراپی؟) رژیم غذایی به صورت مایعات و گاوآز ۳۰۰ سی سی هر ۳ ساعت می باشد. (تحمل می شود؟) (انجام شد؟) (لاواژ داشت؟)

---

۲۶.۷.۹۰

12MD (MD?)

کارشناس پرستاری م.الف

امضا

---



## منابع:

- ۱- پوتر پ آ، پری گریفین آ. اصول و فنون پرستاری. ترجمه اساتید دانشکده پرستاری و مامایی ایران. تهران: انتشارات سالمی؛ ۱۳۸۶.
- ۲- دوگاس ب و. اصول مراقبت از بیمار (نگرشی جامع بر پرستاری) (جلد ۲). ترجمه اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی و پرستاری شهید بهشتی. تبریز: انتشارات گلبن؛ ۱۳۸۶.